

LES - CRISES DE RÉTENTION AIGUË DANS LES REINS MOBILES

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1938

PAR

Charles-Hyacinthe GERIN-JEAN

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Toulon (Var), le 28 juillet 1914

Examineurs de la Thèse

{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
	PAPIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	MASSÉ, agrégé.....	
	DARGET, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548612_0084

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 49

LES CRISES DE RÉTENTION AIGUË DANS LES REINS MOBILES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1938

PAR

Charles-Hyacinthe GERIN-JEAN

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Toulon (Var), le 28 juillet 1914

Examineurs de la Thèse

{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
	PAPIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	MASSÉ, agrégé.....	
	DARGET, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET.
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale (MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale in- fantile et orthopédie ... ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique..... GUYOT.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants CRUCHET.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Chimie biologique et mé- dicale MACHEBŒUF
Pathologie et thérapeuti- que générales..... CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique WANGERMEZ
Clinique d'accouchements. ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clini- que des maladies exoti- ques BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ... DAMADE.	Clinique des maladies cu- tanées et syphilitiques . PETGES.
Anatomie VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires DUVERGEY.
Anatomie générale et his- tologie..... G. DUBREUIL.	Clinique des maladies ner- veuses et mentales.... ABADIE.
Hygiène..... LEURET.	Clinique d'oto-rhino-lar- yngologie PORTMANN.
Médecine légale et déon- tologie..... LANDE.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée..... LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale .. RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie CREYX.
Chimie CHELLE.	Clinique odonto-stomato- logique DUBECQ.
Botanique et matière mé- dicale GOLSE.	
Pharmacie..... VITTE.	
Zoologie et parasitologie .. MANDOU.	
Médecine expérimentale .. AUPERTIN.	
Clinique ophthalmologique. TEULIERES.	
Physiologie FABRE.	

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie N.	Chirurgie générale..... { CHARRIER. LOUBAT. MASSE. DARGET. N.
Anatomie DUFOUR.	
Physiologie N.	
	Obstétrique..... RIVIERE.
	Ophthalmologie BEAUVIEUX
	Oto-Rhino-Laryngologie.. DESPONS.
	Dermatologie et syphili- graphie JOULIA.
	Physique médicale..... N.
	Chimie générale pharma- ceutique et toxicologie.. N.



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Anatomie J.BEAUVIEUX	Zoologie et parasitologie .. R. SIGALAS.
Physiologie PETITEAU.	Physique médicale et pharmaceutique AURIAC.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Médecine légale DERVILLEE
Accouchements RIVIERE.	Urologie DARGET.
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET.	Botanique GIRARD.
Ophthalmologie CABANNES (en congé).	Bactériologie..... MOUREAU.
Puériculture..... FAUGERE.	Législat. pharmaceutique.. POPLAWSKI
Pharmacie galénique MESNARD.	Chimie minérale CASTAGNOU

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes. N

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous inspira ce travail
et chez qui nous avons tou-
jours trouvé le meilleur ac-
cueil.*

INTRODUCTION

Des complications dues à la présence d'un rein mobile, celle qui assurément inquiète le plus le malade, est l'apparition des crises de rétention aiguë avec la soudaineté de leur début, leur violence, et leur répétition. L'aspect de cette affection en est profondément modifiée au double point de vue pronostic et traitement.

D'autre part, les idées que l'on avait sur la cause de ces rétentions ont évolué depuis peu grâce aux procédés d'investigation excellents que nous possédons actuellement pour explorer l'arbre urinaire. Aussi pensons-nous que notre modeste travail qui vient, certes, après bien d'autres de plus de valeur, aura son intérêt. Nous aurons pour but d'exposer les idées actuelles sur la pathogénie de cette question, d'indiquer les moyens que nous possédons maintenant pour faire leur diagnostic et de montrer toute la valeur des résultats obtenus à ce point de vue par les nouvelles méthodes curatives du rein mobile.

Après un bref rappel historique de la question et quelques considérations anatomiques et anatomo-pathologiques, nous nous étendrons plus longuement sur la pathogénie des hydro-néphroses au cours des ptoses rénales. Nous rappellerons les théories en présence et l'état actuel de la question.

Nous décrirons ensuite la crise elle-même et envisagerons le problème du diagnostic, facilité maintenant par les progrès réalisés surtout au point de vue radiologique.

Nous montrerons dans un autre chapitre que le pronostic n'en est pas très favorable et qu'il convient d'intervenir.

Nous terminerons en exposant les indications opératoires, les procédés envisagés et leurs résultats.

Nous placerons à la suite les observations, dont quelques-unes inédites, que nous avons recueillies dans le service du professeur Duvergey et dans lesquelles les crises d'hydronéphrose aiguë nous ont paru particulièrement intéressantes à noter.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle dans ce domaine, mais d'essayer de donner une revue générale d'une question souvent à l'ordre du jour dans ces dernières années et sur laquelle les idées de beaucoup de spécialistes ont changé.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur Duvergey qui a bien voulu nous confier ce sujet et accepter la présidence de notre thèse. Nous avons conservé du stage que nous fîmes dans son Service le meilleur souvenir.

Notre gratitude ira aussi à tous ses assistants qui ont bien voulu nous éclairer de leur expérience en la matière.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

Alors que depuis 1841 l'hydronéphrose était connue grâce à l'ouvrage de Rayer sur les maladies du rein ce n'est vraisemblablement qu'en 1888 qu'est exposée nettement pour la première fois l'idée que l'hydronéphrose pourrait reconnaître comme cause une ptose du rein; et cela par David Neumann et Landau qui, chacun de leur côté, essaient de démontrer que le rein mobile doit être tenu pour responsable — dans la plupart des cas tout au moins — de ces hydronéphroses, à type intermittent. Il nous faudra cependant mentionner la première description des crises due à Dietl (1859).

A peu près à la même époque, Terrier et Baudoin font paraître un travail qui constitue le plus solide rempart de cette théorie tandis que Le Dentu dans son *Traité sur la chirurgie des reins* et Arnould dans sa thèse se montrent plus réservés.

Mais leur opinion allait bientôt être battue en brèche particulièrement par les publications de Bazy de 1903 à 1906 qui s'appuyant sur le mémoire d'English (*Ueber Primare-Hydronephrose*), accordait aux malformations congénitales de l'arbre urinaire une prépondérance presque absolue dans la pathogénie des hydronéphroses.

Chirurgiens, physiologistes s'emparèrent ensuite de la question chacun prenant parti pour l'une ou l'autre des deux thèses, ce à grand coup de statistiques opératoires et de résultats d'expériences.

Un grand pas fut franchi, lorsqu'en 1906, Voelcker et Lichtenberg lancèrent la pyélographie qui devait, tant au point

de vue clinique qu'au point de vue pathogénique, être à l'origine de progrès sensationnels.

Parmi les travaux qui suivirent, il convient de mentionner le rapport de Duval et Grégoire, basé surtout sur des considérations anatomiques et favorable aux théories congénitales, les travaux de Bard au sujet des « dilatations idiopathiques » du conduit pyélo-uretéral.

A l'époque actuelle, parmi la foule de travaux, nous relèverons comme s'étant plus particulièrement intéressé aux crises d'hydronéphrose aiguë dans les ptoses rénales : les travaux d'Ed. Papin et ceux de Marion qui ont attiré l'attention et bien décrit les petites hydronéphroses douloureuses, chapitre d'une grande importance, le rapport au Congrès de Madrid (1930) et les articles de Legueu qui mirent en lumière la théorie dynamique des dilatations pyélo-uretérales, autre vaste domaine susceptible de révéler des faits extrêmement intéressants.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de ces crises de rétention aiguë dans les ptoses rénales n'est pas encore entièrement élucidée. Certes, l'hypothèse qui vient naturellement à l'esprit est que ce rein non fixé, sous une influence quelconque, tombe amenant une coudure de l'uretère, une oblitération de sa lumière. Cet obstacle entraîne aussitôt la rétention de l'urine dans le bassinnet, lequel bassinnet distendu s'efforce de vaincre l'obstacle, se contracte vigoureusement, ce qui se traduit par de la douleur. Dès que la coudure disparaît, le cours normal de l'urine se rétablit et les douleurs cessent. C'est exactement ce qui se passe dans l'occlusion de l'intestin. Et le terme « de crise d'étranglement rénal » est très démonstratif.

On a invoqué comme origine de cette crise douloureuse une torsion, une compression des vaisseaux du pédicule rénal qui amènerait un trouble de la circulation rénale, une congestion et par conséquent de la douleur. Et de fait, lorsqu'on peut palper ces reins au moment d'une crise, on les sent nettement tendus, augmentés de volume. Mais avec les progrès réalisés par la pyélographie on a pu constater que beaucoup de ces reins mobiles dont on croyait l'arbre pyélo-uretéral indemne étaient en réalité atteints d'une hydronéphrose certes très minime mais hydronéphrose tout de même. En effet, un bassinnet normal a une capacité qui varie entre 6 et 12 centimètres cubes. Or cette méthode a permis de dépister un grand nombre de cas où le bassinnet avait une contenance de 20 à 30 centimètres cubes, c'est-à-dire nettement insuffisante pour qu'on puisse la décélérer par d'autres méthodes.

Tous ces cas étaient étiquetés « néphralgies », mot qui, en réalité, cachait notre ignorance.

Nous croyons donc que ces crises douloureuses aiguës que l'on rencontre dans la symptomatologie du rein mobile sont toujours dues à la présence d'une hydronéphrose, minime dans la plupart des cas mais indiscutable.

Mais si tout le monde reconnaît que les crises douloureuses relèvent de l'hydronéphrose, il n'en est pas de même au sujet du mécanisme de la création de cette hydronéphrose.

Depuis bien longtemps d'ailleurs, les spécialistes ont discuté de cette question, mais jamais autant qu'actuellement.

La pathogénie des hydronéphroses en général a subi dans ces dix dernières années de profondes modifications. Ce sujet a été à l'ordre du jour de Congrès d'Urologie et a motivé dans toutes les revues spécialisées des articles aux conclusions pour le moins diverses. Jusqu'en 1930, deux théories seulement se trouvaient en présence :

La théorie mécanique, la première en date et qui fut longtemps la seule admise, rendait responsable de la rétention et de la dilatation consécutive de l'arbre urinaire supérieur, un obstacle mécanique : coudure de l'uretère, déformation ou compression par un élément extérieur, occlusion par un calcul. Et de ces constatations dérivait la seule thérapeutique justifiée : la disparition de cet obstacle.

Mais Bard avait bientôt émis une autre hypothèse classant l'hydronéphrose parmi les « dilatations idiopathiques congénitales des tubes creux ». Pour cet auteur, à l'origine de la dilatation pyélo-uretérale, on trouvait un trouble de la tonicité. Il s'agissait en fait d'une maladie du muscle, d'une malformation tissulaire congénitale.

Et à côté de cette théorie purement congénitale, s'était édifiée une théorie mixte mécanico-congénitale liant l'apparition de l'hydronéphrose à la persistance des déformations : torsions, valvules ou coudures qui existent effectivement à l'intérieur de l'uretère au cours de son développement.

C'est à l'occasion du IV^e Congrès de la Société internationale d'Urologie, tenant ses assises à Madrid du 7 au 12 avril

1930, qu'une nouvelle théorie qui devait bouleverser les idées classiques et marquer une orientation nouvelle dans tout ce domaine apparut. Le professeur Legueu qui s'est fait depuis le champion de cette théorie en exposait les principes dans son rapport avec M. Fey sur l'étiologie et le traitement des hydronéphroses. Après avoir exposé et combattu les opinions jusqu'alors émises, les deux auteurs tout en reconnaissant leur bien-fondé dans quelques cas d'espèces, montraient qu'il y avait place pour une catégorie, très fournie d'ailleurs, de rétentions purement fonctionnelles dont le type était réalisé par les « petites hydronéphroses » ne montrant à la pyélographie aucun obstacle, aucune malformation congénitale, mais révélant à la pyéloscopie des troubles importants de l'évacuation soit de l'hyperkinésie, soit au contraire un degré assez marqué de paralysie.

Jusqu'alors dans le mécanisme de la constitution des hydronéphroses on n'avait accordé de l'importance qu'à la dilatation. Legueu et Fey montrèrent que « la distension des cavités rénales est faite de deux éléments : dilatation et rétention » et que « de ces deux éléments celui qui présente le plus d'importance est la rétention ».

Il faut dissocier en effet ainsi que conclut le docteur Duvergey dans sa thèse :

a) La motricité, fonction physiologique dont le trouble produit la rétention ;

b) La tonicité, propriété physique du muscle lisse dont le trouble produit la dilatation.

Les autres rapports exposaient eux aussi cette nouvelle façon de voir et au cours de la discussion, deux clans se formèrent l'un accordant la plus grande importance aux altérations dynamiques de la musculature pyélo-uretérale, l'autre montrant, faits cliniques à l'appui, que bien des hydronéphroses reconnaissent une origine mécanique, la meilleure preuve étant donnée par la disparition des troubles lorsque la cause avait été supprimée.

Quoi qu'il en soit, dans les années qui suivirent, cette hypothèse allait être étudiée à fond grâce à de nombreuses expéri-

mentations, grâce aussi aux progrès de la pyéloscopie, grâce enfin aux résultats thérapeutiques obtenus dans de nombreux cas.

Nous ne pouvons dans ce travail mentionner toutes les recherches et tous les résultats obtenus. Il nous suffira d'indiquer que les dilatations pyélo-uretérales d'origine dynamique sont un fait acquis, indéniable ainsi qu'en fournit la preuve éclatante le docteur H. Duvergey dans sa thèse, ouvrage qui, selon les propres termes du professeur Legueu « restera en ces matières comme une étape fondamentale ».

Nous nous contenterons pour notre part de voir en quoi des données nouvelles ont pu modifier les opinions acquises sur la pathogénie des hydronéphroses dans les ptoses rénales.

L'opinion classique à laquelle est resté fidèle le professeur Marion rapporte à la coudure de l'uretère l'origine de l'hydronéphrose qui se crée dans le rein prolabé.

Pour lui deux éventualités en présence : ou bien l'uretère environné de tissu lâche, sans attache avec les régions voisines s'accommode de la descente du rein, se plie en quelque sorte à toutes les exigences. La lumière du conduit reste intacte et ce rein mobile pourra à la rigueur se traduire cliniquement par une douleur sourde, continue, due au tiraillement du pédicule, mais il n'y aura jamais de crises aiguës de rétention, jamais de coliques. Ou bien du fait d'une infection antérieure qui a transformé ce tissu péri-uretéral celluleux en un tissu fibreux, créant des adhérences aux régions voisines, ou encore par suite de la présence d'un vaisseau anormal, l'uretère a perdu sa souplesse et ne peut s'adapter à sa situation nouvelle. Le conduit uretéral n'a plus alors sa perméabilité et c'est dans ce cas uniquement qu'apparaîtront dans le tableau clinique, ces crises d'hydronéphrose aiguë avec toute leur soudaineté et toute leur violence. Point n'est besoin d'ailleurs que l'obstacle oppose une barrière infranchissable au cours de l'urine. Marion dit textuellement : « Cet obstacle n'a du reste pas besoin d'être absolu pour déterminer la crise douloureuse; il suffit qu'il oppose au cours de l'urine

une gêne aboutissant à la mise en tension du bassinot ». Et la théorie qui veut faire de la rétention d'urine dans le bassinot la conséquence d'un trouble de la dynamique pyélo-urétérale le professeur Marion ne l'accepte pas intégralement.

Il y a toujours obstacle mécanique. Certes, du fait de cette gêne, de cette irritation, la musculature pyélique au-dessus, la musculature urétérale en aval, sont troublées à la longue dans leur mobilité. Il se produit des phénomènes d'hyperkinésie, de spasme, de paralysies transitoires que la pyéloscopie révèle parfaitement. Mais ces troubles là ne sont que secondaires à l'arrêt dans le cours normal de l'urine qu'a créée la coudure urétérale. Et, preuve formelle pour Marion, la suppression de la cause amène automatiquement la disparition de ces troubles ainsi qu'il en résulte des multiples observations que le professeur a pu faire dans son service hospitalier. Allant plus loin même, l'auteur déclare que, dans un certain nombre de cas où la pyélographie, malade couché bien entendu, ne révélait aucune coudure urétérale, il a trouvé à l'intervention, le rein notablement abaissé et que la reposi-tion de cet organe a immédiatement fait disparaître les troubles de la dynamique pyélo-urétérale. A l'appui de sa thèse, le professeur Marion a fourni de nombreuses statistiques opératoires. Nous retiendrons comme la plus probante celle qu'il fournit au Congrès de Madrid en réplique aux arguments du professeur Legueu :

Laissant de côté les hydronéphroses calculeuses, n'envisageant que les hydronéphroses pures sur 142 cas opérés, il trouve :

51 fois des reins mobiles très prononcés ;

42 fois un vaisseau anormal avec léger abaissement du rein ;

49 fois aucune lésion

et conclut que l'hydronéphrose relève toujours de deux causes :

1° Un abaissement du rein plus ou moins prononcé quelquefois inappréciable à l'intervention ou sur une radiographie, le compresseur faisant remonter le rein ;

2^o Un obstacle dans l'accommodement de l'uretère à l'abaissement du rein et dans tous les cas — mis à part 35 néphrectomies pour de très volumineuses hydronéphroses — après fixation du rein, le résultat a été bon immédiatement et consécutivement.

Mais M. Marion insiste sur le fait que cette fixation doit être très haute. Ce doit être une reposition et non une fixation : on ne doit voir après l'opération que le pôle inférieur dans l'espace costo-lombaire. Et d'autre part, cette fixation doit être faite avec des fils non résorbables afin qu'elle soit solide et durable.

Et les prétendus insuccès qu'on opposa par la suite à cette théorie sont pour lui dus à une mauvaise technique opératoire.

A cette thèse purement mécanique, il a été fait de nombreuses objections :

Legueu et Fey reconnaissent certes que dans un assez grand nombre de cas, surtout si l'on a soin d'ajouter à la pyélographie une uretérographie, on trouve une coudure de l'uretère ou un autre obstacle et « pour peu que cet obstacle se trouve à la partie inférieure de la zone dilatée, il devient véritablement trop tentant de lui attribuer une action mécanique et beaucoup succombent à cette tentation ».

Et pour affirmer cette action, les deux auteurs conseillent d'être extrêmement prudent. Il faut d'abord être sûr que cette déformation est permanente et pour cela mieux qu'une série de pyélographies, il suffira de pratiquer une pyéloscopie qui montrera que telle image de bassinot « renflé en col de cygne » n'est que l'aspect normal qui a été saisi par le cliché au moment où se forme son bulbe. De même l'aspect classique d'un segment uretéral dilaté et visible sus-jacent à un segment vide de liquide opaque ne doit être interprété que comme l'image d'une de ces « rames uretérales intermittentes » et non comme un rétrécissement.

Et même lorsque l'existence d'un obstacle mécanique sera une réalité, il faut encore prouver que c'est lui et vraiment lui qui s'oppose à l'excrétion de l'urine.

Et Legueu cite un exemple que nous reproduisons car il a évidemment une valeur considérable à ce point de vue.

« Un rein mobile s'accompagne de coudure prononcée vers le tiers supérieur de l'uretère. La malade fait des crises de rétention aiguë. Est-ce la coudure qui détermine l'arrêt de l'excrétion ? Non, car à la pyéloscopie, le bassinnet se montre bien en rétention, mais celle-ci se fait au niveau du bassinnet, on ne voit aucun bulbe se former et tout le segment d'uretère intermédiaire au bassinnet et à la coudure reste vide de liquide opaque. Il y a rétention, mais ce n'est pas au niveau de la coudure qu'elle se fait ».

L'argument est de taille, d'autant plus que l'auteur dit avoir vu des bassinnets injectés de liquide opaque, s'évacuer d'une façon absolument normale alors qu'au-dessous, il existait des coudures urétérales fixes pouvant aller jusqu'à l'angle aigu. Et à l'écran, le liquide suivait une allure parfaitement régulière, l'excrétion étant en tous points normale.

Il existe donc des cas — nombreux pour Legueu et Fey — où l'obstacle mécanique n'agit pas par lui-même, mais en produisant une épine irritative qui déclanchera au niveau du bassinnet et de l'uretère un trouble neuro-musculaire entraînant la rétention de l'urine et l'apparition de crises douloureuses.

Et constatation qui vient à l'appui de leurs idées, la suppression de l'obstacle mécanique entraîne la disparition de ce trouble.

Aussi, conclusion logique d'un tel assemblage de preuves, les deux auteurs envisagent deux éventualités :

1^o Le cathétérisme de l'uretère est possible de bout en bout et le bassinnet facilement injectable. On ne peut dans ce cas parler d'obstacle mécanique, exception faite des cas, rares il est vrai, où la pyéloscopie révèle un arrêt ou tout au moins un ralentissement très net du liquide opaque se produisant toujours au niveau de la coudure et rien que là ; 2^o le cathétérisme n'est pas possible et le bassinnet n'est pas injectable. Dans ce cas, on ne peut rien affirmer.

Legueu ne se montre pas intransigeant d'ailleurs et recon-

naît impartialement que les rétentions mécaniques sont une réalité, mais que cette explication ne vaut que pour un petit nombre de cas. C'est notamment une cause mécanique qui intervient dans les hydronéphroses avec distension et déformations secondaires; celles-ci créant en effet un obstacle anatomique définitif, absolument indéniable, mais c'est aussi le cas — rare pour les auteurs — de coudures urétérales créant réellement un obstacle mécanique, des troubles de la dynamique pouvant s'établir par la suite, mais n'étant qu'accessoires.

De son côté, la théorie qui rend responsable de l'hydronéphrose en général une malformation congénitale, n'a pas manqué de défenseurs. C'est Bazy qui, le premier, défendit fermement cette opinion suivi par Duval et Grégoire, et Bard devait plus tard lui donner toute sa signification et toute sa force. Cette théorie a été magistralement exposée depuis dans l'ouvrage de M. E. Papin sur les hydronéphroses.

Cet auteur se montre d'ailleurs très catégorique puisque dès le début, il déclare : « la question semble se préciser, ainsi aujourd'hui :

1° La plupart des hydronéphroses attribuées autrefois au rein mobile sont des hydronéphroses congénitales;

2° Mais il est certain que le rein mobile peut être la cause de petites rétentions. »

Pour Bazy, la dilatation pyélique ou pyélo-urétérale est primitive, elle est une malfaçon. On peut parler de méga-bassinet, de méga-urètres. Cette dilatation peut augmenter de volume au cours de la vie, du fait d'obstacles secondaires, mais elle existait déjà réellement à la naissance.

Et à la forme commune limitée aux calices et au bassinet, on a donné le nom d'hydronéphrose intermittente congénitale ou maladie de Bazy. Cette dilatation existe à la naissance, créant ainsi un bas-fond pyélique susceptible de s'accroître ultérieurement.

A côté de cette forme, il faut d'ailleurs faire place à une catégorie d'hydronéphroses vraiment secondaires, « indirectement congénitales » reconnaissant pour origine un rétrécis-

sement congénital de l'uretère ou de son orifice pyélique, une valvule ou une torsion, mais n'existant pas primitivement. Ces cas sont d'ailleurs l'exception.

Dans la grande majorité des cas par conséquent, l'hydronéphrose est, selon le mot de Bard, essentielle, idiopathique « il s'agit d'une malformation tissulaire affaiblissant la résistance de la paroi ou d'un trouble trophique de gigantisme localisé, mais on ne saurait garder un doute sur la nature idiopathique du processus ».

Pour eux, la mobilité du rein n'est plus la cause de l'hydronéphrose, mais c'est au contraire l'existence de cette hydronéphrose qui amène secondairement par son poids la descente du rein.

Il faut cependant reconnaître que malgré la netteté de leurs conclusions, les défenseurs de cette thèse ne sont pas intransigeants. Et ils admettent très bien que le rein mobile peut être la cause à lui seul d'une hydronéphrose.

E. Papin, à la suite de nombreuses pyélographies, admet que l'on trouve des petites augmentations de la capacité physiologique du bassinet et que les coudures, plissements, sinuosités de l'uretère rencontrés dans ces cas-là soient la cause directe de ces hydronéphroses. Pour lui la coudure urétérale doit d'ailleurs être assez brusque et il fixe comme point d'élection de ces coudures, l'endroit où l'uretère cesse d'être fixé à la paroi lombaire ou plus exactement au péritoine.

Mais ces petites rétentions sont autre chose que l'hydronéphrose intermittente congénitale. Tout d'abord elles n'en ont pas le volume. Michon et Pasteau ont bien trouvé des rétentions atteignant 40 à 50 grammes, mais c'est là un maximum et, de toutes façons, l'auteur ne croit pas que ces petites rétentions arrivent jamais à donner de grandes poches. Et d'autre part, la conduite à tenir est toute différente suivant le cas qui se présente :

Si la pyélographie et les autres examens montrent que l'on a devant soi une petite rétention due à la coudure d'un uretère sans qu'il y ait trace de malformation congénitale, la

néphropexie s'impose et donnera sans nul doute des résultats excellents.

Si, par contre, il s'agit d'une hydronéphrose même petite due à une malformation congénitale, la reposition du rein ptosé est à rejeter formellement. Non seulement une telle opération est insuffisante, mais elle est même nuisible et pour Papin « le rein ainsi fixé est plus douloureux sans les crises que le rein resté mobile ».

L'auteur réduit ainsi, et d'une manière indubitable, le domaine des indications de la néphropexie. Il convient cependant que cette opération est légitime, nécessaire même dans certains cas et ne va pas jusqu'à accuser, ainsi que le fait Suter, cette intervention de créer des hydronéphroses dans des bassinets normaux avant la fixation comme tendraient à le faire croire quatre observations de cet auteur.

Et dans tous les autres cas, de même que dans les cas d'échecs à la suite de néphropexie simple, il faudra supprimer la malformation congénitale qui en est l'origine. Ce n'est qu'à cette condition que les crises douloureuses disparaîtront et que l'urine reprendra son cours normal.

Après avoir ainsi exposé assez sommairement chacune des trois grandes théories qui tentent d'expliquer la formation des hydronéphroses et principalement des hydronéphroses au cours des ptoses rénales, nous allons essayer de conclure en recherchant la tendance actuelle des idées à ce sujet.

Il est, en effet, exact que la ptose du rein puisse être secondaire à une hydronéphrose. Ces ptoses secondaires sont une réalité, mais pour un certain nombre de cas où il existait vraiment une malformation congénitale s'opposant au cours normal de l'urine. Elles ne sauraient être invoquées dans beaucoup d'autres exemples et la constatation sur la pièce opératoire d'une valvule au niveau de l'orifice pyélo-urétéral n'implique pas nécessairement que cette valvule existait à la naissance. Elle peut très bien reconnaître pour origine une dilatation du bassinet avec accolement de l'uretère à la face interne du bassinet dilaté.

Il est de même des ptoses rénales secondaires à une hydro-néphrose non congénitale et, à ce sujet, nous ne pouvons résister à la tentation de citer l'observation que rapporte le docteur Duvergey, observation prise dans le service d'Urologie de l'Hôpital du Tondu, et qui nous a paru le modèle du genre. Voici brièvement résumée la succession des faits :

Au bout d'un mois d'altération rapide de l'état général, la malade présente une série de crises douloureuses bilatérales, mais plus marquées à gauche. Or une urographie veineuse montre un rein droit légèrement ptosé, présentant une dilatation pyélique importante et, du côté gauche, un uretère gros, visible sur tout son parcours.

Entrée dans le service, une histoire assez floue d'infection urinaire éveille l'attention et les examens de laboratoire révélant une colibacillose urinaire qui est énergiquement traitée. Et parallèlement à l'amélioration qui en résulta, ceux qui suivaient à la radiographie l'état du rein et des voies urinaires de la malade purent constater une amélioration considérable de la dilatation pyélo-uretérale, une disparition complète de la rétention pyélique droite et enfin le retour à sa place normale de ce rein droit légèrement ptosé. Le fait est d'autant plus probant que la première radiographie avait été prise en position couchée et que la dernière le fut en position verticale, ainsi qu'il doit l'être fait d'une façon systématique.

C'est là une magnifique illustration de ces ptoses rénales d'origine dynamique si l'on peut dire. L'infection a paralysé le muscle pyélo-uretéral, la dilatation a suivi, la ptose était la conséquence inévitable. Et lorsque la cause fut diagnostiquée et traitée, le processus se déroula dans l'ordre inverse et tout revint à sa place.

Et une autre observation que nous empruntons à la même thèse montre aussi clairement que, même lorsqu'un obstacle mécanique existe, ce n'est pas nécessairement à lui qu'il faut rapporter l'origine de l'hydronéphrose.

Chez une malade qui présentait des lésions annexielles bilatérales et un abcès pelvien qu'on évacua par colpotomie postérieure, l'urographie intra-veineuse montra une dilata-

tion pyélo-uretérale à droite et à gauche un conduit très peu dilaté, mais nettement déjeté en dehors par la masse pelvienne.

Il est donc curieux de constater que malgré un obstacle énorme « une vraie tête de fœtus » et un uretère considérablement déjeté en dehors il n'y avait pas trace de rétention pyélique, pas d'hydronéphrose. Et bien qu'il ne fut pas question ici de rein mobile, la théorie mécanique en général reçut là un sérieux camouflet.

En conclusion, il est des hydronéphroses dues sans contestation à une coudure, une torsion de l'uretère. L'origine mécanique ne peut en être niée, et c'est à ces cas qu'il faut appliquer la seule thérapeutique qui convienne : la reposition du rein à sa place exacte selon les principes du professeur Marion.

Dans des cas exceptionnels, la malformation congénitale d'un uretère ou du bassin est responsable de la rétention pyélique. Il ne saurait alors être question d'une néphropexie dont les résultats s'avèreraient particulièrement malheureux. Ces cas sont justiciables d'une réimplantation de l'uretère dans le bassin ou d'une intervention qui fera disparaître cette malformation.

Quant à ces ptoses rénales qui ne sont que l'aboutissement d'un long processus pathologique déterminant une atteinte de la musculature pyélo-uretérale, une dilatation pyélique consécutive à ces hydronéphroses d'origine dynamique pour employer le terme usuel une néphropexie, n'amènerait aucune amélioration. Qu'on décèle la cause toxique ou infectieuse qui est à l'origine de tout et le traitement énergique de cette affection amènera une guérison vraiment bien accueillie et réalisée à peu de frais.

Mais pour beaucoup de ces hydronéphroses au cours de rein mobile, il semble que l'obstacle mécanique est insuffisant à expliquer la rétention à lui seul :

« Il agit comme une épine irritative en provoquant un trouble fonctionnel dynamique qui se superpose en l'aggravant au facteur mécanique ».

ÉTUDE CLINIQUE

Dans le tableau clinique du rein mobile les crises de rétention aiguë occupent une place de choix.

Certes nous ne prétendrons pas que tout malade atteint de ptose rénale doit présenter inévitablement un syndrome de rétention pyélo-urétérale douloureux.

Il est des reins mobiles silencieux, qui resteront ignorés de leur porteur durant toute la vie. Et bien que la descente soit parfois considérable.

Il en est par contre d'autres qui détermineront d'incessantes crises et chez lesquels une pyélographie ne montrera qu'une descente minime avec une dilatation à peine appréciable du bassinet. Ce sont « les petites hydronéphroses douloureuses » dont la pyélographie a permis de faire le diagnostic et que l'on rencontre bien souvent en clinique. Nous aurons d'ailleurs longuement l'occasion d'en reparler, car ce sont elles principalement qui se traduisent par des crises douloureuses.

D'autres malades verront ces crises n'apparaître qu'à la longue ; certains beaucoup plus rares, après en avoir beaucoup souffert, verront leurs crises s'espacer. Rien n'est plus variable, en effet, que le tableau clinique du rein mobile et l'importance qu'y revêtent les crises d'hydronéphrose aiguë.

Avant de passer à la description de la crise elle-même, nous voudrions attirer l'attention sur un fait nouveau qu'a particulièrement étudié Cantiniaux. Il a été fort à la mode, ces dernières années, de parler d'états vagotoniques et sympathicotoniques, et de l'aspect différent que prennent les diverses affections suivant que le malade appartient à l'une ou à l'au-

tre classe. Or ceci semble particulièrement s'appliquer à notre étude.

Chez les vagotoniques, le bassinnet lutte vigoureusement contre le spasme de l'uretère et la crise sera extrêmement douloureuse. Le bassinnet résistera longtemps, il n'y aura qu'une petite hydronéphrose. Ce n'est qu'à la longue que le bassinnet s'épuisera, perdra son tonus et se laissera distendre. Ce sont des bassinets hypotoniques et hyperkinétiques.

Les sympathicotoniques sont condamnés, eux, à une moyenne ou grosse hydronéphrose. En effet, leur bassinnet réagit très peu. Les crises douloureuses sont absentes ou très peu marquées et la dilatation s'accroît sans attirer l'attention du malade. Ce sont des bassinets hypotoniques et hypokinétiques.

Cette notion est certainement intéressante et mérite certainement d'être étudiée plus à fond.

Cette digression faite, revenons à l'étude clinique des crises d'hydronéphrose aiguë. Nous allons, dans un premier paragraphe, décrire la crise elle-même et les diverses modalités qu'elle peut présenter. Et dans un second chapitre, nous la placerons dans le tableau clinique général des ptoses rénales et nous envisagerons les modifications qu'elle lui fait subir.

La crise.

Tous les auteurs qui l'ont décrite sont d'accord sur ce point : elle présente une similitude frappante avec la *crise de colique néphrétique* que déclanche la migration d'un calcul. Elle en a la soudaineté du début, la violence, les mêmes localisations et des irradiations identiques. Comme elle, sa longueur est variable et les périodes de repos tantôt très longues tantôt minimales.

Pas de question d'âge : on les voit chez l'enfant comme chez l'adulte et si les femmes en sont plus fréquemment atteintes, c'est que le rein mobile est leur apanage.

La cause qui déclanche la crise peut passer inaperçue et la douleur apparaître au moment où l'on s'y attend le moins. Parfois, c'est à la suite d'une fatigue ou d'un mouvement brusque qu'elle éclate. On a aussi signalé des cas où elle était apparue à la suite d'une absorption exagérée de boisson provoquant une diurèse plus marquée que d'habitude et le processus s'en déduit d'ailleurs facilement.

L'aspect du malade, au cours de la crise, rappelle en tous points le lithiasique et varie selon l'intensité de la douleur :

Quand celle-ci est légère, le malade conserve simplement l'immobilité, son facies est à peine altéré.

Quand la douleur est violente par contre le malade, pour la calmer, se courbe en deux, se couche sur le ventre, appuyant ses mains sur le flanc, se crispant plus encore quand survient un paroxysme.

Des phénomènes réflexes apparaissent : son facies très pâle est couvert de sueurs, il peut présenter des vomissements, parfois du hoquet ; le pouls est petit, rapide ; le malade a tendance à tomber en syncope.

Des phénomènes vésicaux d'origine réflexe complètent fréquemment le tableau : ténesme, envies fréquentes et douloureuses d'uriner avec cependant oligurie plus ou moins marquée pendant toute la crise.

Au niveau de l'abdomen, on note parfois du tympanisme ou de la contracture de défense, simulant à s'y méprendre une crise d'occlusion intestinale.

L'examen du malade est pénible, celui-ci se refusant à faire le moindre mouvement, poussant des cris dès qu'on palpe son abdomen, répondant avec mauvaise grâce aux questions qui lui sont posées. A force de patience, on parvient cependant à délimiter le siège de la *douleur* dans la région lombaire et ses irradiations qui ont tendance à se diriger vers le bas le long de l'uretère jusque vers le testicule chez l'homme, le long de l'uretère jusque vers le testicule chez l'homme, la grande lèvre chez la femme, l'anus et la racine de la cuisse.

La crise peut d'ailleurs être moins violente et le caractère

impressionnant du tableau manquer, mais de toutes façons, on ne peut baser sur l'intensité de la douleur le moindre pronostic quant à sa durée. Celle-ci s'étend en effet de quelques heures à quelques jours.

A noter à la fin de la crise et d'une façon assez fréquente une polyurie marquée. Celle-ci ne semble pas d'ailleurs, ainsi que le dit Marion « être due à l'évacuation d'une poche dans laquelle l'urine se serait accumulée pendant la crise ». A la lumière des examens radiographiques on peut constater en effet que la capacité du bassinot pendant la crise est souvent peu augmentée, en tout cas pas suffisamment au point d'avoir pu emmagasiner la quantité d'urine émise. « Il faut admettre, dit Marion, qu'il s'agit simplement d'une oligurie provoquée par la douleur rénale et d'une crise de polyurie se produisant au moment où la douleur cesse ».

Une hématurie peut aussi se produire à la suite d'une crise mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de ce symptôme. Ils le sont encore moins d'ailleurs sur l'explication de cet écoulement du sang. Les uns l'attribuent à la congestion rénale passive par coudure brusque de la veine rénale. Les autres la font rentrer dans le cadre des hémorragies *a vacuo*. D'autres enfin avec Hortolomei, pensent qu'elle est consécutive à la surdistension du bassinot.

L'examen physique du malade au cours de la crise, outre qu'il vous attire les invectives du patient, n'est pas très démonstratif et ne procure pas de renseignements bien importants : on sent parfois le rein légèrement augmenté de volume mais jamais beaucoup et quelquefois d'ailleurs on ne sent pas.

Aussi sera-t-il préférable d'attendre la disparition des douleurs pour se livrer à une palpation approfondie destinée à juger de la descente et de la mobilité de l'organe.

Ce n'est qu'en présence d'un malade inconnu, dont la ptose rénale n'a pas été diagnostiquée qu'il faudra sans se soucier des cris examiner à fond l'abdomen et la région lombaire afin de ne pas laisser passer une urgence opératoire aux conséquences désastreuses.

La crise dans le tableau clinique général.

Nous avons dit qu'il était des reins mobiles silencieux au point de vue clinique. Il en est d'autres qui se manifestent par des douleurs mais qui ne relèvent pas de la même origine. Cette douleur n'a d'ailleurs pas le même caractère. C'est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur dans la région lombaire. Elle peut, il est vrai, être plus intense, aller jusqu'à la douleur véritable mais elle présente des différences avec la crise d'hydronéphrose aiguë : c'est, en effet, une douleur qui disparaît quand le malade se couche ou s'atténue en tout cas considérablement et si elle a les mêmes irradiations elle a cependant comme grand caractère différentiel de ne pas apparaître par crises, d'être continue. Ces malades souffrent, tous les jours, d'une douleur égale, insupportable certes, mais qui n'est jamais vive au point de déclancher les phénomènes réflexes que nous avons étudiés précédemment. La pathogénie de ces douleurs semble relever d'un tiraillement des plexus nerveux du pédicule rénal ou des nerfs qui vont de la capsule rénale restée fixe au rein prolabé.

Quoiqu'il en soit, chez des gens qui ne s'observent pas trop ou qui sont négligents, cette douleur ne suffit pas à les attirer vers le médecin et c'est bien souvent au moment où apparaissent ces crises d'étranglement rénal seulement que les malades viennent consulter.

Suivant les sujets d'ailleurs, ces crises sont plus ou moins répétées et plus ou moins violentes. Chez certains, les crises sont très espacées et très peu douloureuses. Chez d'autres, les crises vont en se rapprochant, tandis que l'on peut observer dans beaucoup de cas une atténuation et un espacement plus grand des crises. C'est qu'il se produit à la longue chez la plupart des malades une dilatation croissante du bassinet qui réagit de moins en moins et la petite hydronéphrose-douleur est devenue la grosse hydronéphrose-tumeur presque indolore.

Nous voudrions à ce sujet attirer l'attention sur cette

répétition et cette intensité des crises qui peut devenir importante au point d'altérer profondément l'état général du malade et de nécessiter une thérapeutique d'urgence. On comprend aisément d'ailleurs que des secousses si répétées détruisent l'équilibre normal du sujet. Et ainsi que le fait justement remarquer Marion, tous ces troubles nerveux que l'on a décrits dans la symptomatologie du rein mobile ont probablement et pour beaucoup de cas leur origine dans cette répétition de crises violentes « cet état de mal » pourrait-on dire que l'on rencontre quelquefois. Ce nervosisme, cette neurasthénie, cette hystérie, cette folie même qu'on a pu constater chez certains malades porteurs de rein mobile, on peut les rapporter bien souvent à notre avis aux chocs que font subir ces crises douloureuses. Nous pensons cependant que pour en arriver là, il faut un organisme préparé, un état antérieur de prédisposition qui est simplement exagéré ici. Et nous admettons que le tiraillement exercé sur le plexus solaire par l'intermédiaire des nerfs du rein intervienne dans ce processus, mais entre les troubles nerveux généraux et la répétition des crises, nous estimons qu'il y a un lien.

Nous verrons, dans un chapitre ultérieur, toutes les modifications pronostiques et toutes les indications thérapeutiques que l'apparition de ces crises entraîne dans le tableau habituel des ptoses rénales. Nous allons maintenant, dans un nouveau chapitre, voir comment on peut envisager le diagnostic de ces crises.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des crises de retention aiguë due à une ptose rénale peut sembler facile *a priori*, d'autant plus que nous disposons maintenant de procédés d'exploration radiologique de l'arbre urinaire très perfectionnés. Et il peut paraître superflu d'envisager le diagnostic par la clinique pure et d'évoquer toutes les affections qui peuvent prendre un aspect analogue puisque les méthodes radiologiques auxquelles on a recours nécessairement trancheront d'une façon décisive toutes nos hésitations.

Mais si nous avons actuellement en France, dans nos villes, toutes ces facilités à portée de la main, nous n'oublions pas que dans notre future carrière nous serons souvent dépourvu de toute installation de ce genre et que notre diagnostic ne pourra être établi que par l'interrogatoire et notre examen clinique. Dans les colonies, sinon en France, il est beaucoup de médecins qui ne peuvent compter que sur eux sur leur expérience et leur sens clinique.

Aussi, dans ce chapitre, nous attacherons-nous d'abord à montrer comment peut se conduire le diagnostic de ces crises par les moyens personnels du clinicien. Nous mentionnerons toutes ces affections qui peuvent se présenter à l'esprit et qu'il faut savoir écarter.

Nous terminerons enfin par une revue succincte des procédés radiologiques actuellement utilisés dont nous ne contesterons pas loin de là la très grande valeur et qu'il faut pratiquer systématiquement avant toute intervention si l'on en a la possibilité.

Le diagnostic clinique positif.

Il doit être établi d'une façon très précise car, ne l'oublions pas, ces crises ressemblent énormément aux coliques néphrétiques des lithiasiques et la différenciation sera très délicate.

En présence d'un malade qui souffre devant nous, il nous faudra tout d'abord procéder à un interrogatoire rapide, demander si des crises analogues ne se sont pas produites antérieurement, et si dans l'intervalle les douleurs cessent ou persistent atténuées, noter si le début a été brusque. Il faudra ensuite passer à un examen très détaillé du malade, essayer en particulier de bien préciser le siège de la douleur et ses irradiations. Une fois l'attention attirée sur le rein, il conviendra évidemment de se livrer à un examen de la région lombaire et des flancs, d'essayer de palper le rein par un des procédés classiques de Guyon, de Glénard ou d'Israel. Cet examen sera d'ailleurs souvent rendu très pénible par la douleur, la contracture du malade et il faudra bien souvent attendre la fin de la crise pour arriver à un examen approfondi.

Ne pas oublier surtout de recueillir les urines émises et cela d'une façon très soigneuse, car leur examen aura une très grande importance, permettant d'abord de constater s'il y a hématurie ou encore pyurie, indice d'infection et surtout de signer la lithiase urinaire si on peut découvrir un calcul.

Si nous nous trouvons devant un malade qui a eu des crises mais qui est actuellement en bonne santé, il faudra alors se livrer à un interrogatoire aussi poussé que possible sur l'histoire et la description de ce qu'il a présenté sans négliger pour cela l'examen qui devra porter non seulement sur la région lombaire et les voies urinaires mais encore sur tout l'abdomen, le tube digestif et le système nerveux.

Et la notion d'une crise douloureuse étant bien établie, son origine réno-urétérale étant fortement soupçonnée il faudra alors écarter dans son esprit les différents syndromes analogues pour poser le diagnostic ferme de colique néphrétique, cela sans préjuger de sa cause, qu'il faudra dans un second

temps fouiller au point de vue étiologie : rein mobile, lithiasé ou autre.

Diagnostic différentiel.

1° **Est-ce bien une crise de colique néphrétique ?**

Les affections pouvant prêter à erreur sont :

a) La colique hépatique.

Mais la douleur a son siège initial plus haut situé et cette douleur est plutôt antérieure, celle d'origine rénale étant plus nette en arrière. Le point vésiculaire est douloureux. Les irradiations se font vers le haut, vers l'épaule droite (douleurs en bretelles).

On note de plus et assez souvent du subictère et l'absence de phénomènes urinaires.

b) L'appendicite.

Que l'on reconnait en principe à la triade symptomatique de Dieulafoy : son point de Mac Burney, son hyperesthésie cutanée, la défense de la paroi, mais nous avons vu que cette défense de la paroi pouvait exister dans certaines coliques néphrétiques, s'accompagnant de phénomènes digestifs et circulatoires et que l'erreur était alors très plausible.

Il faudra alors se baser sur l'absence de fièvre, l'étendue de la douleur, la perception parfois possible d'un plastron ou d'un empatement de la fosse iliaque pour faire le diagnostic.

A noter d'ailleurs la fréquence de l'appendicite chez les porteurs de reins mobiles, simple coïncidence pour certains, relation de cause à effet pour d'autres.

c) Une hernie étranglée.

Qui peut simuler de même une colique néphrétique par le siège de sa douleur, ses troubles réflexes surtout digestifs, mais qui se traduit par une obstruction intestinale plus accusée et qu'on pourra écarter après avoir soigneusement exploré tous les orifices susceptibles d'être le siège d'une hernie.

d) Un étranglement interne.

Chez qui l'exploration manuelle des sièges possibles de hernie ne sera pas de mise et qu'il faudra différencier d'après le début plus brutal, plus syncopal et l'absence de phénomènes urinaires.

e) Une crise viscérale d'origine tabétique.

Qui sera plus facile à écarter du fait de ses caractères bien particuliers : irradiations en ceinture et de l'absence des signes du tabès : signe de Romberg, aréflexie, signes pupillaires entre autres.

f) Quant aux diverses névralgies idiopathiques ou symptomatiques que l'on rencontre dans le mal de Pott, les pleurésies, elles, se traduisent rarement par des crises et se reconnaissent d'ailleurs à l'absence de tout autre trouble.

2° Cette crise de colique néphrétique est-elle due au rein mobile ?

Nous abordons là le point le plus délicat du problème : la crise est bien d'origine rénale mais quelle est son étiologie exacte. C'est essentiellement le diagnostic différentiel entre lithiase rénale et rein mobile que nous aurons en vue, mais nous énumérerons tout d'abord les causes rares, exceptionnelles même de ce syndrome de colique néphrétique et qui peuvent aiguiller sur une mauvaise foie.

Nous éliminerons donc successivement :

a) La tuberculose rénale,

Qui peut se manifester par des coliques néphrétiques à l'occasion de l'expulsion de débris caséeux et dont l'examen cytologique des urines, à défaut de la radiographie, fera le diagnostic.

b) Le cancer du rein,

Qui peut éliminer des caillots sanguins résidus d'une hémorragie par le même mécanisme et avec la même succession de signes et dont le diagnostic sera fait par la radiographie si l'on peut, par la perception de la tumeur, signe trop tardif, si les moyens manquent.

c) La néphrite hématurique,

Reconnaissant la même cause à ce point de vue et qu'on diagnostiquera souvent difficilement, par l'absence d'autres symptômes, par la radiographie, par l'atteinte des fonctions du rein.

d) Le rein polykyslique.

Qui présente des crises douloureuses dans le cas d'hématurie avec caillots pour la même raison, mais qu'on différencie par sa bilatéralité fréquente, la tuméfaction du rein souvent perceptible, la lésion du parenchyme souvent manifeste.

e) Le kyste hydalique du rein.

Qui, lorsqu'il s'ouvre dans les voies urinaires se traduit par de fréquentes crises douloureuses dues à l'expulsion de vésicules, mais que l'on reconnaîtra justement à la présence de celles-ci dans l'urine.

f) Les calculs uretéraux pelviens.

Dont la symptomatologie a quelques caractères bien particuliers, rendant le diagnostic plus aisé : irradiation de la douleur au gland, aux vésicules séminales d'où éjaculations douloureuses et au rectum entraînant une défécation douloureuse.

g) L'exclusion du rein enfin.

Au sujet de laquelle le professeur Marion rapporte une observation très intéressante et qui montre bien que ce diagnostic doit toujours être envisagé :

Il s'agissait d'un ancien rein tuberculeux douloureux, mais exclu, mobile par surcroît et dont le dernier caractère fut pendant longtemps le seul connu. Seul un cathétérisme urétéral, impossible bien entendu, montra la cause de ces douleurs qu'un traitement orthopédique de la ptose rénale n'avait pas fait disparaître.

Il faudra donc toujours envisager cette hypothèse qu'un cathétérisme urétéral et une radiographie permettent d'écarter ou d'accepter.

M. Marion d'ailleurs écrit que, en présence de crises douloureuses avec urines limpides, trois diagnostics seulement se posent :

Calcul et exclusion du rein.

Ce dernier cas mis à part, il nous restera à choisir entre la lithiase rénale et la rétention, les deux grandes causes de coliques néphrétiques et là nous ne pourrons nous baser que sur des nuances.

C'est l'examen des urines qui nous rendra le plus de service, car de la présence ou de l'absence de calcul, nous pourrons déduire le diagnostic. Il faudra cependant ne pas écarter la possibilité d'une lithiase sur le fait que l'urine n'en montre pas trace, car celui-ci a pu s'enclaver dans l'uretère ou demeurer dans la vessie. La constatation d'hématuries fréquentes au cours ou après les crises sera un argument en faveur de la lithiase; en faveur de celle-ci également la constatation que ces crises ne sont jamais spontanées, mais indubitablement consécutives à une marche, une fatigue. Certains auteurs basent aussi le diagnostic sur l'espacement des crises plus prononcé à leur avis dans le cas d'hydronéphrose. Mais nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi et que ce symptôme comme les autres n'a qu'une valeur relative.

Et encore, lorsque le diagnostic de crises de rétention semble s'imposer, cette hydronéphrose peut ne pas relever nécessairement d'un rein mobile et être due à l'existence de vaisseaux anormaux, de malformations congénitales diverses, de brides inflammatoires.

Ce n'est évidemment que dans le cas où la palpation a permis de déceler le rein mobilisé que le diagnostic peut s'imposer. Cependant, nous voudrions insister sur un point : ce rein mobile peut être atteint d'une de ces affections que nous avons décrites, cette affection étant la cause réelle des crises et qu'une néphropexie ne guérira évidemment pas.

Cette réserve étant faite, nous concluons que le diagnostic de rein mobile occasionnant des crises douloureuses est assez difficile par la clinique pure. Si on ne parvient pas à

palper le rein, il sera très difficile de poser un diagnostic ferme et il faudra toujours faire une réserve sur la possibilité de lithiase rénale.

Par contre, si le malade se trouve à proximité d'un centre spécialisé et bien outillé, le diagnostic sera beaucoup plus facile. Grâce aux examens de laboratoire, à un examen instrumental, notamment radiologique, on pourra poser un diagnostic certain.

Diagnostic de spécialité : Le diagnostic préopératoire.

La science appliquée à l'étude de l'appareil urinaire nous offre une grande variété de méthodes d'examen qu'il faudra toujours pratiquer avant toute intervention sur le malade :

L'examen cyto-bactériologique des urines permettra, en particulier, d'établir la tuberculose rénale et montrera s'il y a ou non infection, ce qui peut conditionner l'intervention.

L'examen chimique de ces urines et les diverses méthodes permettant d'étudier l'excrétion rénale devrait aussi être faite et cet examen devra être pratiqué sur les urines totales et séparées afin de juger de la valeur du rein ptosé et du rein sain. Nous insistons sur ce dernier point qui conditionnera toutes les interventions pratiquées ultérieurement. Le cathétérisme de l'uretère permettra, de plus, d'éliminer l'exclusion rénale.

Mais c'est la radiographie qui nous donnera les meilleurs renseignements. Le professeur Duvergey dans son service fait systématiquement pratiquer chez tout malade suspecté de néphroptose les examens suivants :

a) Une radiographie simple de l'arbre urinaire tout entier qui permet d'éliminer l'hypothèse de lithiase rénale, sauf le cas exceptionnel de calcul invisible.

b) Une urographie intra-veineuse avec 4 clichés en position couchée à 5', 15', 25' et 35' puis un cliché en position debout.

c) Une pyélographie rétrograde, malade couché, puis debout.

Il n'est pas dans nos intentions de décrire dans tous ses détails la technique exacte de tous ces examens. Cela a été fait à fond dans les thèses récentes de quelques-uns de nos camarades et nous entraînerait trop loin. Nous nous contenterons d'étudier les résultats que ces méthodes donnent pour le diagnostic du rein mobile et plus particulièrement de l'existence d'une poche d'hydronéphrose.

Et à ce point de vue, l'urographie veineuse, excellente pour étudier la vitesse d'excrétion urinaire, nous donne ici des résultats assez inconstants et manquant souvent de clarté. Cette méthode nécessite une grande habitude et ne doit être employée seule que lorsque les autres méthodes sont impossibles à mettre en œuvre.

L'urétéro-pyélographie ascendante, par contre, donnera de très précieux renseignements. Méthode moderne particulièrement mise en valeur par Heitz-Boyer; elle consiste à injecter dans l'uretère et le bassinnet un liquide opaque et ce, par l'intermédiaire d'une sonde de Chevassu à bout olivaire. Dès qu'une légère douleur avertit de la réplétion de l'arbre urinaire, on obture l'extrémité de la sonde et on prend deux clichés, un du malade étant en position couchée, un autre le malade étant debout.

Tous les auteurs insistent sur le fait de prendre une radiographie debout, ce qui se conçoit facilement, la ptose rénale pouvant ne se manifester que dans la station debout et les déformations de l'arbre pyélo-uretéral pouvant se modifier elles-mêmes suivant la position du malade.

C'est donc cette méthode qui peut faire le diagnostic de ces petites hydronéphroses si nombreuses et si douloureuses dont on ignorait autrefois l'existence et qu'on classait sous le terme bien vague de « néphralgie ».

Il est enfin une autre méthode récente qui peut rendre, elle aussi, de très grands services. Nous voulons parler de la pyéloscopie. Certes, les difficultés de la technique, la nécessité

d'une très grande habitude pour interpréter utilement les images font que ce procédé n'est pas entré dans la pratique courante. Cette étude vivante des mouvements de la musculature pyélo-uretérale permet cependant de déceler à coup sûr les plus petites hydronéphroses à leur stade de début, au moment où il n'y a encore que rétention sans dilatation, celle-ci apparaissant peu à peu par la suite. Cette exploration présente de même un grand intérêt au point de vue diagnostic préopératoire, car elle permet de juger l'état de la musculature pyélo-uretérale et de décider s'il y a lieu de se livrer à une intervention conservatrice ou à une néphrectomie.

Ce n'est qu'une fois en possession de tous ces renseignements que nous pourrons juger de la possibilité d'une intervention, établir en quelque sorte les indications et contre-indications opératoires.

Mais nous dirons auparavant un mot du pronostic que fait porter sur l'état du rein et par conséquent sur le malade, l'apparition de ces crises d'hydronéphrose aiguë chez un sujet porteur d'un rein mobile.

PRONOSTIC

En présence de crises de rétention aiguë survenant chez un malade porteur d'un rein mobile, le pronostic va subir inévitablement des modifications. Car ces douleurs traduisent la souffrance de la musculature pyélo-urétérale, c'est-à-dire de l'excrétion de l'urine. Et l'hydronéphrose intermittente a pu, à juste titre, être considérée comme la principale complication du rein mobile. Sur le terme « complication » nous ferons d'ailleurs une réserve. A notre avis, entre les signes et les complications, la barrière ne nous semble pas nettement établie. Il y a un fait anatomique : la descente du rein, fait duquel dérive toute une série de symptômes que l'on pourrait tout aussi bien appeler complications.

De plus, ainsi que nous le verrons dans le chapitre consacré aux indications opératoires, l'apparition d'une seule crise qui restera unique ou de deux crises à des années d'intervalle, n'a pas une grande importance. Ce n'est qu'un accident passager, mais non une complication.

Ce qui peut influencer sur le pronostic, ce seront les complications dues à ces crises :

a) Tout d'abord la répétition exagérée de celles-ci pouvant retentir sur l'état général du malade ou encore leur violence insupportable.

b) La rétention aiguë, dûment confirmée et ne rétrocedant pas.

c) L'infection qui amènera une pyélonéphrite, infection favorisée par la stase urinaire et dont l'origine sera colibacillaire le plus souvent, infection qui secondairement peut entraîner néphrite, périnéphrite ou pyonéphrose.

d) La dilatation du bassinet et la création d'une volumineuse poche d'hydronéphrose qui sera l'aboutissant logique plus ou moins rapide de la répétition des crises. Et cette tumeur pourra être à l'origine elle-même d'une foule de complications.

Aussi, la constatation de crises d'étranglement rénal ayant tendance à se reproduire, assombrira le tableau et à moins de contre-indications formelles, devra faire envisager une intervention.

Et ce pronostic sera d'autant meilleur que le traitement sera précoce, car si le bassinet ne souffre que depuis peu, il pourra récupérer toute sa valeur fonctionnelle, tandis que celle-ci deviendra assez aléatoire si l'on tarde trop.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications opératoires découlent des complications que nous avons énumérées précédemment.

1^o La répétition des crises, leur violence, l'altération de l'état général qui en résulte sont une indication presque formelle d'une intervention.

Nous ferons cependant une réserve lorsque les troubles nerveux prédominent. Beaucoup de chirurgiens ont constaté que la reposition du rein chez ces malades ne donnait pas d'aussi bons résultats que chez les autres. Néanmoins, comme il se produit toujours une amélioration indéniable, l'intervention reste à conseiller.

2^o La rétention pyélique est elle aussi une indication précieuse lorsque toutefois on a pu suivre ces malades un certain temps. Il est en effet des crises aiguës de rétention qui rétro-cèdent presque complètement. C'est donc sur l'existence d'une rétention chronique importante persistant entre les crises, sans tendance à la guérison que nous pourrions envisager l'opération.

3^o L'infection est de même une invitation à agir, mais plus ou moins impérieuse, selon le degré. Trois cas à envisager :

a) Une infection est décelée à son stade initial : colibacillurie sans pus ni albumine : l'intervention est fortement à conseiller non sans un traitement médical d'appoint.

b) La pyélonéphrite est nette, indéniable, avec fièvre, pus dans les urines, douleurs : il faudra se livrer à un traitement médical très poussé avant d'envisager une intervention, à conseiller vivement d'ailleurs en prévision de l'avenir.

c) Il y a pyonéphrose, périnéphrite : il faut intervenir et reposer le rein à moins que l'état général soit trop gravement atteint. C'est alors à la néphrectomie qu'il faudra penser.

4° Quant à l'existence d'une grosse poche d'hydronéphrose, elle n'impose pas absolument une intervention.

Ce n'est que si elle est le siège d'une complication : infection, douleurs, formation de calculs que s'imposera une opération chirurgicale : néphropexie avec ou non uretéropyéloplastie ou capitonnage.

5° Nous mentionnerons enfin le cas d'hématuries fréquentes et considérables, ce qui est bien loin d'être la règle d'ailleurs, comme invitation à une intervention.

Les contre-indications opératoires seront :

Tout d'abord les contre-indications générales de toute intervention chirurgicale : cardiopathies décompensées, état général déficient, lésion organique très grave.

Ensuite l'existence d'une entéroptose généralisée, justifiable uniquement d'un traitement médical, à moins que la ptose rénale soit l'élément de loin le plus important.

En dehors de ces contre-indications formelles, il faudra toujours intervenir et pratiquer l'opération qui convient le mieux au cas envisagé.

LES INTERVENTIONS A PRÉCONISER ET LEURS RÉSULTATS

Quelle sera l'intervention à pratiquer lorsqu'on s'y est résolu ?

Elle dépendra avant tout de la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal lui-même et de celle de la musculature pyélo-uretérale.

Résolument conservatrice lorsque rein et bassinet sont en bon état, elle sera radicale et consistera en une néphrectomie lorsqu'il n'y aura rien à espérer de leur part.

Mais nous voulons attirer particulièrement l'attention sur un point très important et que beaucoup d'auteurs ont d'ailleurs signalé. C'est que des bassinets qui étaient le siège de dilatations énormes, ne semblaient n'avoir plus aucune valeur, diminuaient de volume une fois le rein remis en place et les obstacles enlevés, reprenaient leur fonction et bien que conservant certaines déformations assuraient parfaitement l'excrétion de l'urine. Aussi faudra-t-il être toujours très prudent lorsqu'on voudra juger de la valeur fonctionnelle d'un bassinet. Certains d'entre eux très distendus peuvent être frappés d'une simple paralysie, d'une atonie qui disparaîtra lorsque cette distension cessera. C'est à l'évolution des idées, à l'attention que l'on a apportée à la dynamique pyélo-uretérale que nous devons cette notion qui évitera, nous n'en doutons pas, l'extirpation de nombreux reins encore en parfait état de fonctionnement.

Quant à l'opération elle-même qu'il conviendra de pratiquer, ce sera dans la grande majorité des cas la néphropexie, ou plus exactement la reposition du rein. Ce procédé a connu

beaucoup de reproches, mais le professeur Marion et bien d'autres, ont montré qu'à condition de suivre une technique irréprochable, les résultats sont excellents et que cette méthode ne mérite pas la défaveur qu'elle a subie.

Les résultats opératoires montrent, en effet, que dans la plupart des cas, les crises disparaissent ou s'atténuent considérablement. Leur persistance doit toujours faire suspecter l'existence d'une autre cause. La récupération fonctionnelle est de même, sinon parfaite, du moins indéniable.

Dans une communication de M. R. Gouverneur sur les résultats éloignés des néphropexies, nous relevons sur 26 observations : 21 résultats excellents, 3 avec une légère douleur par moments, 2 avec complications.

M. le professeur agrégé Darget rapporte de même une guérison datant de neuf ans avec la persistance de quelques crises légères et très espacées.

Le procédé à employer pourra varier suivant le goût du chirurgien. Nous indiquerons cependant que le procédé de Surraco employé actuellement dans le service du professeur Duvergey, a fait ses preuves, ainsi que le démontre la thèse récente d'un de nos camarades et qu'il doit être utilisé de préférence à certains autres beaucoup moins sûrs. Et de toutes façons il faudra apporter aux soins post-opératoires le plus grand soin, surtout en ce qui concerne le lever de ces malades.

Dans le cas de petite hydronéphrose très douloureuse, M. E. Papin a préconisé une intervention : l'énervation rénale qui a connu comme toute idée nouvelle une grande vogue. Et de fait, au point de vue douleur, on obtient souvent d'excellents résultats. Mais supprimer la douleur n'est pas supprimer la maladie et Cantiniaux dit avec raison que même dans les cas où elle a été jugée utile, il convient de la faire compléter par une néphropexie. L'auteur reconnaît d'ailleurs impartialement que cette énervation a ses indications types : hypertension, sclérose glomérulaire, bassin hyperkinétique, douleur névralgique dans les reins mobiles.

De même dans le cas de grosse hydronéphrose, une néphros-

tomie provisoire ou définitive peut être de mise, mais il faudra, là aussi, fixer le rein.

Heitz-Boyer, dans les très grosses poches, fait un capitonage « rend à l'entonnoir ses dimensions normales », mais il n'oublie pas de fixer son rein.

En terminant, nous voyons donc que pour faire disparaître ces crises douloureuses, il faut chaque fois que cela est possible, faire une néphropexie indépendamment des autres interventions pratiquées. Et les résultats même éloignés montrent que si les douleurs ne cessent pas complètement, il y a toujours une amélioration considérable.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite. — Pr Duvergey.)

Angèle M..., 46 ans, cultivatrice. Entrée le 24 octobre 1938. Deux mois auparavant, à la suite d'un travail très pénible, la malade ressent au moment de se coucher une vive douleur au niveau de la région lombaire droite. Cette douleur s'irradie en avant vers la fosse iliaque droite, prenant le type de coliques. Cette crise s'accompagne de vomissements alimentaires ne calmant pas la malade.

Deux sondages de la vessie effectués le lendemain et le surlendemain permettent de ramener une petite quantité d'urines rougeâtres. Et la crise se calme.

Mais ces douleurs réapparaissent bientôt, toujours par crises, crises de plus en plus violentes et de plus en plus rapprochées, nécessitant des sondages répétés. Les mictions sont normales, même durant les crises, sans ténesme vésical ni douleur: la quantité d'urine a cependant diminué.

La malade est alors adressée dans le service, où elle continue de souffrir, présentant sur un fond douloureux continu des crises de quelques heures, se répétant plusieurs fois par jour.

A noter que l'état de la malade au point de vue intellect est assez déficient et rend de ce fait l'interrogatoire assez ardu.

Dans ses antécédents nous ne relevons comme faits intéressants qu'une fausse couche de 5 mois à l'âge de 43 ans et une intervention sur la région hépatique pratiquée à l'hôpital Saint-André en septembre 1938. Aurait subi une appendicectomie antérieurement (?).

A l'examen, on se trouve en présence d'une malade robuste, au teint coloré et douée d'un léger embonpoint.

Elle se plaint spontanément de la région lombaire droite.

Le point costo-vertébral droit est très sensible au palper.

Les points urétéraux inférieurs et annexiels droits sont douloureux.

Examens pratiqués. — B. W. négatif. Urée sanguine : 0,24. Analyse d'urines : rien à noter de spécial.

Un examen cytobactériologique des urines montre : de rares cellules épithéliales, pas de pus, pas de microbes, pas de B. K.

Une urographie intra-veineuse par le diagnorénol ainsi qu'une uretéro-pyélographie ascendante révèlent :

A droite, un bassinnet dilaté, au niveau de la 2^e vertèbre lombaire et un uretère gros, présentant au niveau de la 3^e lombaire une couture très nette.

Une néphropexie a été pratiquée le 27 novembre.

Observation II

Marie-Jeanne D..., âgée de 29 ans, entre le 23 novembre 1938 dans le Service.

L'histoire de sa maladie révèle que cette jeune femme souffre de sa région lombaire gauche depuis sa première grossesse il y a douze ans, et cela d'une façon à peu près continue. Cette douleur augmente d'intensité au moment des mictions ou à la suite de fatigue. Au moment des mictions, en particulier à la fin de celles-ci, la malade ressent une vive douleur au niveau de l'uretère, brûlure qui remonte dans la vessie et de là vers le rein gauche.

La malade présente de plus une pollakiurie diurne intense : miction toutes les demi-heures, souvent moins que cela, et dans les urines la malade a pu fréquemment constater la présence de sable.

Ces crises douloureuses se sont, depuis cette époque, reproduites avec le même tableau symptomatique toutes les années, mais au moment du printemps, sans que la malade ait remarqué un rapport quelconque avec ses règles.

Rien à noter de spécial chez cette mère de six enfants, si ce n'est une fausse couche en 1937.

Cette malade est entrée dans le service, car ses crises allaient en se rapprochant et en prenant de l'intensité.

A l'examen, les points rénaux et urétéraux sont douloureux au palper.

Au moment des mictions, les mêmes phénomènes douloureux persistent.

Les examens pratiqués montrent : un B. W. négatif, une urée sanguine de 0,25.

L'examen cyto-bactériologique révèle : l'absence de pus et la présence de cellules épithéliales, de quelques diphtérimorphes et de rares colis.

L'urographie intraveineuse montre une élimination normale avec un bassinot à sa place normale à gauche, légèrement descendu à droite au niveau du disque intervertébral des 2^e et 3^e lombaires, et l'uretéro-pyélographie rétrograde confirme ce fait en montrant *à droite*, un bassinot dilaté qui dans le cliché, station debout, est au niveau de la 3^e lombaire.

Observation III

Anna C..., âgée de 62 ans.

L'histoire de sa maladie remonte très loin : depuis l'âge de 20 ans, cette malade présente des crises de coliques néphrétiques, crises s'accompagnant de douleurs vésicales et du rejet de sable urinaire. Interrogée sur la présence de sang dans ses urines, la malade déclare n'en avoir jamais constaté.

Au début, elle ne présentait qu'une crise par an, mais dès 1926, les crises augmentent d'intensité et se rapprochent : trois par an. La malade dit les sentir venir, leur déniait tout rapport avec de la fatigue. Elle use depuis de l'injection de morphine pour calmer ses douleurs.

En 1935, sur les conseils de son médecin, elle cesse tout travail et suit un régime, ce qui porte ses fruits, puisque, depuis lors, cette femme n'a plus présenté de crises de coliques.

Mais depuis un an, la malade a constaté l'apparition de pus dans ses urines et c'est la persistance de ce symptôme qui la fait entrer dans le service.

Au point de vue antécédents, il nous faut noter dans son histoire : une crise d'entérite aiguë à l'âge de 20 ans et qui aurait précédé de peu l'apparition des premières crises de colique néphrétique; et à l'âge de 53 ans, l'ablation d'un kyste ovarien par M. Loubat.

Actuellement, on se trouve en présence d'une personne amaigrie, qui aurait perdu 12 kilogrammes depuis peu et qui manque complètement d'appétit.

Elle se plaint de douleurs au niveau des reins et de la vessie, d'un caractère sourd.

Ses mictions ne sont pas douloureuses, sauf quand elle marche immédiatement après.

Souffrant peu lorsqu'elle est dans la position horizontale, elle ressent d'assez vives douleurs lorsqu'elle se lève. Elle dit d'ailleurs sentir nettement que « ses reins descendent tout d'un coup », impression subjective curieuse à noter.

Les urines ne présentent pas trace d'hématurie.

Les examens pratiqués montrent :

la présence de pus dans l'urine et dans les sédiments une forte quantité de phosphates ammoniaco-magnésiens;
l'urée sanguine est de 0,45.

L'urographie intra-veineuse montre :

à droite, un beau calcul coralliforme et deux calculs dans l'uretère;
à gauche, un énorme calcul emplissant tout le bassin.

Dans les clichés pris en station couchée, les bassinets sont au niveau de la 3^e lombaire; dans ceux pris debout, ils sont presque à la hauteur de la 4^e lombaire.

A noter que la radiographie simple révélait déjà la présence de ces calculs.

L'uretéro-pyélographie ne fait que confirmer ces données, montrant à gauche un bassin dilaté et une coudure de l'uretère au-dessous, et à droite, un bassin, dilaté lui aussi, arrivant à la 4^e lombaire dans la station debout, avec un uretère flexueux lui faisant suite.

Cette dernière observation ne rentre pas dans le cadre des crises de rétention aiguë par ptose rénale. Nous avons cependant voulu la présenter ici car elle nous a semblé être une

magnifique illustration de ces ptoses secondaires à une affection primitive : ici la lithiase.

Observation IV

(In thèse Monet, Pr Durergey.)

Le B... Antoine, 29 ans, garçon de restaurant Entré le 7 mars 1938 Début de l'affection vers 1930 par troubles gastriques, puis pollakiurie avec oligurie, douleurs rénales plus marquées dans la station verticale, brûlures à la miction.

Les troubles s'atténuent Le malade exerce alors une profession pénible (navigateur à la compagnie Sud-Atlantique, à Bordeaux) et, vers le début de 1932, les troubles reprennent plus intenses Il suit alors à nouveau un traitement médical qui améliore légèrement son état.

Il reprend son travail en 1933 et les douleurs reprennent. C'est alors seulement que le diagnostic de rein flottant est porté et l'opération conseillée Mais le malade repousse l'intervention. Il traversa alors une longue période avec des rechutes, des rémissions, il exerce divers métiers, tous pénibles (en particulier homme d'équipe à la compagnie du P. O.-Midi). Il se décide enfin, sur les conseils de son médecin, à se présenter à la consultation de l'hôpital du Tondu, le 7 mars, d'où il est dirigé sur le service.

Dans ses antécédents, nous relevons un rétrécissement d'origine vraisemblablement blennorragique, vers 1928, des troubles gastro-intestinaux de date ancienne, une typhoïde, en 1924.

A l'examen, le malade présente un assez bon état général, mais l'interrogatoire révèle chez lui une tendance hypocondriaque avec un certain degré de dépression.

Mictions fréquentes (toutes les heures) avec oligurie. Les urines sont louches avec un dépôt floconneux. A la palpation, le rein droit est perçu un peu ptosé, les points rénaux et uretéraux sont sensibles à droite.

Examens pratiqués : B. W. négatif. Urée sanguine : 0 gr. 30. Analyse d'urines : rien d'anormal.

Pyélographie ascendante, le 25 février, montre, pour le rein droit, en position debout, une ptose du bassinet, dilaté, jusqu'à l'apophyse transverse de la 4^e lombaire. L'uretère, flexueux, montre deux coudures angulaires à la hauteur de l'aileron sacré avec une dilatation marquée entre les deux.

Néphropexie le 9 mars, par le procédé de Surraco. On trouve le rein un peu adhérent. La capsule est peu épaisse. Néanmoins le rein est fixé à la 11^e côte, la 12^e étant très courte.

Drainage. Fermeture en trois plans. Durée de l'opération : vingt-cinq minutes. Ablation du drain au quatrième jour. Bonnes suites opératoires.

Radiographie de contrôle, le 7 avril : le bassinet, beaucoup moins dilaté, siège au niveau de la première lombaire. L'uretère n'est pas dilaté, les coudures sacrées ont disparu. Les inflexions normales persistent, un peu accusées seulement.

Exéat, le 12 avril 1938. Très nette amélioration.

Malade revue en octobre 1938. L'amélioration persiste. Le malade a repris du travail (vendeur de journaux), mais il reste nerveux, hypocondriaque et se plaint de souffrir encore de temps en temps après des journées fatigantes.

Observation V

(In thèse Monet, Pr Duvergey.)

Mme Marie P..., sans profession, 32 ans. Entrée au service le 19 mars 1938, pour douleurs rénales.

Opérée pour fibrome et métro-annexite à Saint-André, en 1933. Un an plus tard, crise douloureuse au niveau des reins, plus accusée à gauche. Le traitement médical reste sans résultats.

La malade raconte qu'elle souffrait par crises, survenant à peu près tous les huit jours, caractérisées par des douleurs lombaires, surtout gauches, irradiées vers les plis inguinaux. En même temps pollakiurie, ténésme vésical, et quelques hématuries à type total.

Cet état se maintient pendant trois ans avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

En janvier 1938, crise très violente, plus accusée cette fois à droite, pollakiurie, ténésme vésical, hématuries.

Les examens pratiqués par le médecin traitant montrent que c'est le rein droit qui est en cause. La malade est envoyée au service pour traitement chirurgical.

Nous relevons six grossesses et deux avortements dans ses antécédents, en plus de l'affection génitale signalée plus haut.

A l'examen, la malade présente un bon état général avec un certain degré d'obésité. Elle se plaint d'un endolorissement de la région lombaire. A la palpation, la région rénale droite est douloureuse.

A la cystoscopie : vessie de bonne capacité, de couleur normale. Orifices uretéraux normaux, facilement cathétérisables. Au niveau du col, zone rouge, enflammée. Rétention dans les deux bassinets, surtout marquée à droite.

Urines troubles, foncées, sans éléments anormaux à l'examen histochimique. Pas de germes à l'examen cyto-bactériologique.

L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine donne :

<i>A droite</i> : en 15'	13 %	<i>A gauche</i> : en 15'	10 %
en 1 h. 10 . . .	24 %	en 1 h. 10 . .	8 %

Radiographie, le 22 février, par urosélectan intraveineux : pas d'élimination.

Pyélographie ascendante, le 3 mars, du côté droit, montre en position debout une ptose importante du bassinet, très dilaté, jusqu'au niveau de la troisième lombaire; une grosse dilatation et une coudure importante de l'uretère à son origine.

Néphropexie, le 23 mars, par le procédé de Surraco : on pratique une lombotomie droite, rendue difficile par suite de l'importante adiposité de la paroi. Difficulté d'extérioriser le rein. On remarque l'existence d'une artère polaire inférieure qui cravate l'uretère en avant. On sectionne ce vaisseau anormal entre deux ligatures. La néphropexie est ensuite pratiquée. Drainage. Fermeture en trois plans.

Pyélographie de contrôle, le 26 avril. Il persiste un certain degré d'hydronéphrose, ainsi qu'une certaine dilatation de l'uretère dans sa portion lombo-iliaque. Bassinet en place.

Exéat le 30 avril, excellent état. Douleurs disparues.

Malade revue en juin : souffre encore parfois à l'occasion d'efforts prolongés, mais beaucoup moins qu'auparavant.

Revue à nouveau en novembre 1938 : les douleurs ont totalement disparu. Guérison cliniquement parfaite.

Observation VI

(In thèse Monet, Pr Duvergey.)

Madeleine C..., 19 ans, domestique. Entre le 12 mars 1938, se plaignant de douleurs rénales.

Opérée de l'appendicite en 1936. La malade prétend qu'à la suite de cette opération elle dut garder le lit pendant six mois. Elle se plaint de souffrir depuis, par intervalles, de troubles digestifs : vomissements, constipation opiniâtre avec débâcles diarrhéiques.

En octobre 1937, violentes crises douloureuses au niveau des reins, de chaque côté; douleurs s'irradiant aux plis inguinaux. En même temps pyurie, mauvais état général (fièvre à 40°, vomissements). Peu à peu, ces troubles s'amendent, mais en janvier 1938 nouvelle crise avec symptômes analogues et de plus, douleurs vésicales, brûlures à la miction, pollakiurie, hématuries qui la font hospitaliser à l'hôpital de Mont-de Marsan où un traitement médical est appliqué. Malgré une relative amélioration, la malade est envoyée au Tondu pour complément de traitement.

Elle nous apprend en outre, qu'ayant toujours été mal réglée, elle n'a pas eu ses règles depuis trois mois et qu'elle présente depuis longtemps d'abondantes pertes blanches. Elle dit avoir eu une typhoïde en 1933. L'examen montre qu'il s'agit d'une malade extrêmement nerveuse, ayant volontiers tendance à exagérer ses symptômes morbides.

Son état général apparaît bon, bien qu'elle prétende avoir perdu 10 kilogrammes en trois mois. Bon facies. Pas de température.

Elle se plaint d'un endolorissement bilatéral de la région lombaire. La palpation nous montre des points rénaux et urétéraux douloureux des deux côtés, surtout à gauche.

Au toucher, utérus rétroversé. Inflammation du vestibule. Ses urines sont rougeâtres, peu abondantes, très sales avec dépôt blanchâtre.

Examens pratiqués : B. W. négatif. Dans les urines : traces de sang et d'albumine. Urines séparées : des deux côtés, nombreuses hématies et cellules épithéliales, ni pus ni microbes. Urée sanguine : 0 gr. 30.

L'épreuve de la phénol-sulfone phtaléine montre une certaine déficience fonctionnelle du rein gauche.

Cystoscopie : Vessie de bonne capacité, un peu rouge dans l'ensemble et surtout au niveau du bas-fond qui est plissé et un peu dépoli. Orifices urétéraux normaux.

Radiographie : La malade, hypernerveuse, ne supporte pas la pyélographie. L'urographie intraveineuse montre, le 11 avril, en position debout :

A droite, une ptose accentuée du rein, le bassinnet étant entre les apophyses transverses de la 3^e, de la 4^e vertèbres lombaires. Le bassinnet présente une légère hydronéphrose. L'uretère forme, à son origine, une double angulation avec le bassinnet, en forme de Z. Le reste du conduit présente des flexuosités marquées.

A gauche, une ptose moins considérable, mais un bassinnet beaucoup plus dilaté. L'origine de l'uretère est ici encore coudée.

Intervention le 22 avril. Lobotomie droite. Rein un peu adhérent, libéré, fixé à la douzième côte, par le procédé de Surraco. Drainage. Fermeture en trois plans.

Lobotomie gauche. Décapsulation rénale sans néphropexie. — Fermeture.

A la suite de l'intervention, il se produit une légère suppuration profonde du côté gauche qui ne tarde pas à disparaître. La malade est extrêmement nerveuse, refuse de manger, et très fréquemment simule des absences. Les jours suivants, gardant le même état psychique, elle se plaint de violentes douleurs au rein gauche. Ses urines sont rares, foncées et troubles. La température monte, le pouls est à 120. On pense à une suppuration péripyélique. Une lobotomie est pratiquée le 24 juin qui ne montre rien d'anormal. A tout hasard, on libère l'extrémité supérieure de l'uretère et on referme.

A la suite de cette réintervention, la malade se déclare soulagée et ses troubles disparaissent.

Une radiographie de contrôle, le 24 mai, montre :

A gauche, un bassinnet beaucoup moins dilaté.

A droite, une image tout à fait normale. Rein en place, bassinnet petit, uretère ayant perdu ses coudures anormales.

Lever le 16 juillet. Exéat le 25 juillet. Excellent état. Douleurs à peu près disparues.

Malade revue en octobre 1938. L'amélioration persiste, mais l'état de déséquilibre nerveux semble persister aussi. Elle se plaint de souffrir un peu à gauche.

Une radiographie, faite le 26 octobre, montre :

A droite, une image tout à fait normale.

A gauche, un bassinnet encore un peu dilaté. L'uretère a conservé sa coudure anormale (le rein n'a pas été fixé, mais seulement décapsulé).

Observation VII

(In thèse Monet, Pr Duvergey.)

Mme Angèle D..., 26 ans, sans profession. Entrée au service le 20 avril 1938, souffrant depuis plusieurs mois de crises douloureuses au niveau du rein droit.

Examen d'urines : montre dépôt phosphatique, ni pus ni microbes. B. W. négatif. Urée sanguine : 0 gr. 20.

Urographie au diognorénol. Sort de l'hôpital le 27 avril.

Revient le 3 juin, une pyélographie ascendante est pratiquée, qui montre, debout, un bassinnet légèrement hydronéphrotique, avec un calice supérieur dilaté, une coudure marquée au niveau du tiers supérieur de l'uretère, qui, par ailleurs, est sinueux avec une certaine dilatation au niveau de l'aileron sacré. Le rein semble peu descendu (le bassinnet est entre les apophyses de la 2^e et de la 3^e lombaires), mais un peu basculé en dedans.

Intervention le 6 juillet 1938. Néphropexie par la méthode de Surraco avec énérvation incomplète du pédicule. Le rein droit est

adhérent, surtout dans la région du pôle supérieur où il existe de la périnéphrite. Le bassinnet ne paraît guère dilaté. Le rein est fixé à la onzième côte, la douzième étant très courte.

Drainage de la loge rénale.

Bonnes suites opératoires. Le malade se lève au vingt-cinquième jour. Se plaint de souffrir des reins, mais ces douleurs disparaissent rapidement avec application d'un liniment, d'air chaud.

Radiographie le 4 août : Rein parfaitement en place, dont le contour est superposé à la partie moyenne de la onzième côte, légèrement incliné en bas et en dehors. Le bassinnet et l'uretère sont d'aspect parfaitement normal, toute coudure a disparu.

Exéat, le 7 août 1938, en très bon état.

Malade revue en novembre : se trouve très améliorée. Ressent parfois encore une certaine gêne dans le côté droit, lors d'une station debout prolongée.

CONCLUSIONS

Les crises de rétention aiguë sont la complication la plus fréquente d'un rein mobile.

Leur cause réside essentiellement dans la rétention plus ou moins complète de l'urine dans le bassin. cette rétention étant le fait primordial, la dilatation n'étant que la conséquence.

Cette gêne à l'excrétion normale de l'urine peut être due à un obstacle mécanique : coudure urétérale favorisée par des adhérences ou l'existence de vaisseaux anormaux.

Plus souvent la stase de l'urine a pour cause immédiate un trouble fonctionnel de la musculature du bassin et de l'uretère voisin, ainsi que l'ont montré les récents travaux sur la dynamique pyélo-urétérale, mais ce trouble fonctionnel lui-même, dans le cas de ptose rénale, est dû à la présence d'un obstacle mécanique, dans le cas de ptose rénale, est dû à la présence d'un obstacle mécanique agissant à distance.

Au point de vue clinique, ces crises ressemblent énormément aux crises de coliques néphrétiques de la lithiase rénale.

Le diagnostic, difficile par l'examen clinique si on ne peut percevoir la descente du rein, est rendu plus aisé par les procédés modernes de radiographie de l'arbre urinaire et principalement l'urétéro-pyélographie rétrograde en position debout.

Le pronostic en est généralement mauvais pour l'avenir de l'état fonctionnel de la musculature pyélo-urétérale.

Aussi, une intervention est toujours à conseiller à moins

de contre-indication formelle : intervention qui consistera essentiellement en une « reposition du rein ».

Les résultats anatomiques ne sont pas toujours parfaits, mais les résultats fonctionnels seront ordinairement meilleurs, surtout si l'intervention est précoce et, au point de vue clinique, les crises douloureuses auront disparu ou seront tout au moins beaucoup plus légères.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la thèse
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 décembre 1938
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnerons ici que les ouvrages ayant plus particulièrement insisté sur les crises de rétention aiguë, la bibliographie générale du rein mobile ayant été faite dans de récentes thèses.

Albarran. — « Leçon sur les hydronéphroses » (*Ann. des Nul. des org. génit. urin.*, n° 27, 1909).

Barcaroli. — « Sopra un caso d'idronephrose da inginocciamento dell'uretera, secondaria a ptosi renale » (*Arch. ital. di Urol.*, 1925-1926, vol. 2).

Bard. — « Du caractère idiopathique de la dilatation du bassinet dans l'hydronéphrose dite intermittente » (*Journal d'Urologie*, t. IX, 1920).

Bayonet. — *Expl. radiol. des déformations pyélo-urété.*, thèse, Paris, 1934.

Bazy. — « Hydronéphrose » (*Encycl. Fr. d'Urol.*, t. III, p. 133); Soc. Chir., 28 février 1906 (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LIX, juin 1933).

Berthelot. — *Diagnostic du rein mobile*, thèse, Bordeaux, 1938.

Bonnefous (L.). — *Urétero-pyélographie rétrograde*, thèse, Paris, 1935.

Bumpus (H. C.). — « When is nephropexy justified? » (*Urol. and Cutan. Rev.*, 41 : 465-468, juillet 1937).

Cantiniaux. — « Les complications du rein mobile et leur traitement » (*Journ. belge d'Urol.*, n° 4, août 1936, p. 264).

Chevassu (M.). — « L'exploration cysto-radiographique du rein et de l'uretère au moyen de l'urétero-pyélographie rétrograde » (*Les cahiers de Radiol.*, suppl. « Radio. » de la *Gazette Médic. de France*, 1^{er} octobre 1932).

- Duchet-Suchaux.** — *Les dilatactions pyélo-urétérales*, thèse, Bordeaux, 1938.
- Duvergey (H.).** — *Les dilatactions pyélo-urétérales dynamiques*, thèse, Bordeaux, 1937.
- Foa Arrigo.** — « Contributo allo studio dei rapporti tra rene mobile et idronephrose » (*Riv. di Radiol. et Fis. Med.*, 1931, vol. 5).
- Fey.** — « Résultats de 12 interventions pour syndrome douloureux d'hydronephrose » (*Arch. d'Urol. de la clin. Necker*, t. VI, p. 193).
- Fey, Truchot et Dossot.** — « La motricité normale et pathol. du bassinet, son exploration par pyéloscopie » (*Arch. Ur. de la clinique Necker*, t. V).
- Ghayour.** — *La néphropexie*, thèse, Paris, 1937.
- Gouverneur et Cachin.** — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, mai 1935.
- Heitz-Boyer.** — « Les indications opératoires dans les ptoses rénales » (*Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, mai 1935, p. 644).
- Legueu et Papin.** — *Précis d'Urologie*, 1937.
- Lemaigre.** — *Diagnosis et traitement du rein mobile*, thèse, Bordeaux, 1937.
- Marion.** — *Traité d'Urologie*, 1935.
— « Les petites hydronephroses » (*Conc. Méd.*, 1934, n° 8, p. 547).
- Monet.** — Thèse, Bordeaux, 1938.
- Munoz.** — « Ptose rénale et hydronephrose droite, hydronephrose gauche » (*Bull. Soc. chir. du Chili*, n° 13, octobre 1931).
- Papin (Ed.).** — *Les hydronephroses. T. O.*
— « Les petites hydronephroses douloureuses et traitement » (*Ass. tr. Urol.*, XXV^e session, 1925).
- Riley.** — « La néphropexie pour coudures urétérales » (*The Amer. Journ. of Surgery*, vol. 27, n° 3, mars 1935).
- Surraco.** — « Le problème du rein flottant » (Montevideo, 1933, in *Journ. Fr. d'Urol.*, oct. 1934, p. 367).
- Sutton (M. G.).** — « Renal pain and nephropexy with or without resection of renal nerves » (*M. S. Australia*, p. 135, july 1933).
- Trujillo y Fernandez.** — *Diagnosis pré-opératoire et traitement du rein mobile*, thèse, Paris, 1935.

Imp. BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1938.
